

## Anmeldung Behandlungspflege 2024

1. Wahl, Kurs-Nr.

2. Wahl, Kurs-Nr.

### Personalien

Name, Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Tel. privat / Mobile

E-Mail (für Korrespondenz)

Geburtsdatum

### Arbeitgeber

Name der Institution

Art der Institution

Adresse

PLZ, Ort

Telefon (Teilnehmer:in direkt)

E-Mail (Teilnehmer:in direkt)

### Grundausbildung

Zeitraum	Fähigkeitsausweis als ... (FaBe EFZ mit Angabe der Fachrichtung: Menschen im Alter / Menschen mit Beeinträchtigung)	Ausbildungsstätte

### Berufliche Tätigkeiten nach der Grundausbildung

Zeitraum	Berufliche Funktion / Pensum %	Arbeitgeber:in

# ARTISET Bildung

## Weiterbildung

Zeitraum	Weiterbildung / Lehrgang	Veranstalter:in

Der Kursbesuch wird innerhalb meiner Arbeitszeit gewährleistet  ja  teilweise  nein

## Finanzierung des Kurses

Rechnung  Institution  privat  
Mitgliedschaft der Institution bei ARTISET  ja  nein

## Bestätigung Arbeitgeber:in

Hiermit bestätigen wir, dass wir (Vorname / Name Teilnehmer:in) \_\_\_\_\_ während des Kurses beim praktischen Üben am Arbeitsplatz unterstützen und unseren Beitrag zu einem optimalen Lernerfolg leisten.

Wir sorgen dafür, dass unser:e Mitarbeiter:in die nötigen Kompetenzen und Ressourcen im Zusammenhang mit den zu leistenden Kompetenznachweisen erhält.

Unterschrift Vorgesetzte:r \_\_\_\_\_

Ich habe das Detailprogramm gelesen und bin mit den Rahmenbedingungen einverstanden. Meine Anmeldung ist verbindlich.

**Beilage** **Diplom oder Berufsabschluss oder Anerkennung Diplom (Kopie)**  
→ bei EFZ FaBe muss die Fachrichtung ersichtlich sein

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

### Bitte senden Sie die Anmeldung an:

ARTISET Bildung, Weiterbildung, Abendweg 1, Postfach, 6000 Luzern 6  
oder an [wb.betagte@artisetbildung.ch](mailto:wb.betagte@artisetbildung.ch)